

Академический журнал Западной Сибири

Academic Journal of West Siberia

№ 1 (56)

Том 11

2015

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

В.В. Вшивков

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

С.И. Грачев (Тюмень)
П.Б. Зотов (Тюмень)
И.И. Краснов (Тюмень)
Т.Л. Краснова (Тюмень)
А.Р. Курчиков (Тюмень)
В.М. Матусевич (Тюмень)
А.В. Меринов (Рязань)
А.В. Радченко (Тюмень)
Л.Н. Руднева (Тюмень)
В.А. Урываев (Ярославль)

Журнал зарегистрирован
в Федеральной службе по надзору
в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций
(Роскомнадзор) г. Москва

Св-во: ПИ № ФС 77-55782
от 28 октября 2013 г.

Учредитель и издатель:

ООО «М-центр»

г. Тюмень, ул. Д.Бедного, 98-3-74

Адрес редакции:

г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А,
оф. 200-201

Телефон: (3452) 73-27-45

Факс: (3452) 54-07-07

E-mail: sibir@sibtel.ru

Адрес для переписки:

625041, г. Тюмень, а/я 4600

Интернет-ресурсы:

www.elibrary.ru

Журнал включен
в Российский индекс
научного цитирования
(РИНЦ)

При перепечатке материалов ссылка
на "Академический журнал Западной
Сибири" обязательна

Редакция не несет ответственности за
содержание рекламных материалов
Редакция не всегда разделяет мнение
авторов опубликованных работ
Макет, верстка, подготовка к печати:
ООО «М-центр»

Подписан в печать 24.02.2015 г.

Заказ № 59. Тираж 1000 экз.

Цена свободная

Отпечатан с готового набора

в издательстве «Вектор Бук»

Адрес издательства:

625004, г. Тюмень, ул. Володарского,
д. 45, тел.: (3452) 46-90-03

16+

Тюменская государственная медицинская академия
Академический журнал Западной Сибири

МАТЕРИАЛЫ

IV научно-практической конференции
с международным участием

«Медицина: достижения нового века»

27-28 февраля 2015 г., о. Гоа (Индия)

Акушерство. Гинекология

Ю.В. Кухарчик, М.А. Павловская, Л.В. Гутикова

Биохимические маркеры прооксидантно-
антиоксидантной системы у женщин репродуктивного
возраста с гиперплазией эндометрия 6

Д.В. Мирошкин, М.А. Кузнецова

Иммунное состояние маточных труб в секреторную фазу
менструального цикла в постнатальном онтогенезе 9

Терапия

М.И. Вертелецкая, К.А. Семенова,

А.П. Авраменко, Т.В. Болотникова

Структура, клинические особенности соматической
патологии у рабочих свинцовоопасного производства 10

И.С. Головунина, М.Р. Макарова, Ф.Ю. Мухарлямов

Применение циклических и силовых нагрузок
в реабилитации больных артериальной гипертензией 11

Ш.Х. Зиядуллаев, Г.Р. Шодиева, А.А. Носирова, Г.А. Ахмедова

Комбинированная антигипертензивная терапия
(обзор литературы).....11

Ш.Х. Зиядуллаев, Г.Ф. Фазилова,

Р.Х. Холлиев, А.С. Бердиев, Ж.А. Исмаилов

Иммуномодулирующая терапия в лечении и профилактике
обострений хронической обструктивной болезни легких ... 13

Б.Х. Китаева

Клинические особенности артериальной гипертензии и
артериальной гипертензии в ассоциации с хроническим
обструктивным бронхитом легких у лиц трудоспособного
возраста в условиях Арктического региона 15

Е.А. Колесникова, И.В. Бейникова И.В.,

А.С. Нургалеева, С.С. Бобырев, Д.А. Ключев,

Л.Е. Муравлёва, В.Б. Молотов-Луцанский

Метаболиты пуринового обмена в плазме крови больных
с хронической болезнью почек различной степени тяжести 16

Л.А. Песоцкая, Н.М. Евдокименко

О некоторых биохимических аспектах кирлианографии ... 17

«Академический журнал Западной Сибири» издается с 2005 года

Vertae!

ских процессов, но в тоже время участвуют в развитии и прогрессировании патологических состояний.

Анализ данных литературы показал отсутствие систематических исследований одержания внеклеточных пуриновых оснований (аденин и гуанин), а также интермедиатов обмена пуринов (ксантин, гипоксантин) при хронических заболеваниях почек, что и послужило задачей нашего исследования.

Проведено клиническое обследование 235 пациентов, страдающих хронической болезнью почек (ХБП). В нашей работе ХБП была представлена такими нозологическими формами как хронический пиелонефрит (ХПЛ, всего – 141 больной), и хронический гломерулонефрит (ХГН, всего – 94 больных). Были сформированы группы с различной стадией ХБП и степенью хронической почечной недостаточности (ХПН). В первые две группы вошли больные с ХБП 1, 2 стадии без ХПН. Первую группу составили 38 больных с ХПЛ и ХБП 1-2 стадии при отсутствии почечной недостаточности (ХПН 0). Вторую группу составил 21 больной хроническим гломерулонефритом и ХБП 1-2 стадии, также без ХПН. Были сформированы 2 группы больных с начальной стадией ХПН (ХПН1) и 3 стадией ХБП. Это – 3 группа (n=44): больные ХПЛ, находящиеся на 3 стадии ХБП и имеющие ХПН 1 стадии, и 4 группа (n=29): больные ХГН и ХБП 3 стадии; у них также диагностирована ХПН 1 стадии. Кроме того, сформированы две группы больных с терминальной ХПН в исходе ХБП разного генеза: 5 группа представлена 59 больными ХПЛ, обусловившим ХБП 5 стадии и терминальную ХПН (ТХПН, или ХПН 3 стадии). В 6 группу вошли 44 больных ХГН, лежащих в основе ХБП 5 стадии с исходом ТХПН. Больные 5 и 6 групп находились на программном гемодиализе. Контролем служила плазма крови 22 практически здоровых лиц (первичных доноров). От всех обследуемых лиц было получено мотивированное согласие на участие.

В плазме крови оценивали содержание пуриновых оснований (гуанина и аденина), а также интермедиатов пуринового обмена: гипоксантина (ГКс), ксантина (Кс) и мочевой кислоты (МК) по методу Е.В. Орешникова и соавт. [1] и выражали в условных единицах экстинкции. Рассчитывались индексы, отражающие активность первой (Кс/ГКс) и второй фазу (МК/Кс) ксантиноксидазы и общую активность фермента (МК/ГКс).

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ STATISTICA версия 7.0 с учетом вычислительных методов, рекомендуемых для биологии и медицины.

В результате проведенного исследования установлено, что в плазме крови больных ХБП 1,2 (ХПН0) ХГН все изучаемые показатели не отличались от таковых контроля. В плазме крови больных ХБП 1,2 (ХПН 0) ХПЛ наблюдалось снижение содержания гуанина (на 51%, $p<0.05$), гипоксантина (на 53%, $p<0.05$), аденина (на 43%, $p<0.05$), ксантина (на 29%, $p<0.05$) и мочевой кислоты (на 27%) по сравнению с таковыми контроля.

В плазме крови больных ХБП 3 (ХПН 1) ХПЛ содержание пуриновых оснований и интермедиатов катаболизма пуринов не отличались от таковых контроля.

В плазме крови больных ХБП 3 (ХПН 1) ХГН наблюдалось выраженное снижение содержания гуанина (на 71%, $p<0.05$), гипоксантина (на 71%, $p<0.05$), аденина (на 64%, $p<0.05$), ксантина (68%, $p<0.05$) и мочевой кислоты (на 89%, $p<0.05$) по сравнению с таковыми контроля.

У больных ХБП 5 (ХПН 3) вне зависимости от инициирующей клинической формы заболевания содержание гуанина, гипоксантина, аденина, ксантина и мочевой кислоты в плазме крови достоверно превышало таковые контроля.

Расчет коэффициентов, характеризующих активность ксантиноксидазы, показал следующее. У больных ХБП 1,2 (ХПН0) наблюдалась слабая тенденция к увеличению активности первой и второй фаз ксантиноксидазы и общей активности фермента.

У больных ХБП 3 (ХПН1) ХПЛ также наблюдалась слабая тенденция к увеличению активности первой и второй фаз ксантиноксидазы и общей активности фермента. В тоже время у больных ХБП 3 (ХПН1) ХГН отмечено снижение второй фазы активности фермента и общей активности ксантиноксидазы. Резкое угнетение активности ксантиноксидазы зафиксировано в плазме крови больных ХБП 5 (ХПН3).

Следовательно, наблюдались разнонаправленные изменения показателей, характеризующих содержание пуриновых оснований, интермедиатов их катаболизма и активности ксантиноксидазы у больных ХБП в зависимости от степени тяжести болезни и ХПН. Обращает на себя внимание резкое увеличение изучаемых показателей в плазме крови больных после проведения гемодиализа.

Литература:

- Орешников Е.В., Гунин А.Г., Мадянов И.В., Орешникова С.Ф. Пурины крови и ликвора при беременности // Проблемы репродукции. – 2008. – № 6. – С. 74-80.

О НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ КИРЛИАНОГРАФИИ

А.А. Песоцкая, Н.М. Евдокименко¹

Днепропетровская МА МОЗ Украины,
г. Днепропетровск, Украина
¹Украинский ГХТУ, Украина

E-mail автопов: Pesotskaya23@mail.ru

Многочисленные исследования в области кирлианографии, в том числе и наши, демонстрируют высокую информативность получаемых изображений о психо-эмоциональном и физическом здоровье человека, патологии на до клинико-лабораторном уровне. Однако, широкое применение метода в практической медицине затруднено в том числе трудностями принятия медицинской наукой и практикующими врачами понятия биополя, связанного с законами квантовой физики и более тонкими формами материи, чем химическое вещество. Ментальное принятие кирлианографии широкой медициной возможно путем изучения метода в аспекте уже принятых биохимических представлений о природе человека.

Целью работы было попытаться проанализировать изменение биоэнергетического состояния испытуемых при употреблении определенной воды в свете активации биохимических реакций в организме.

Материал и методы. Кирлианографию пальцев рук проводили до и через 15-20 минут после принятия добровольцами 100 мл воды, обработанной очистителем «РАДО». Применяли экспериментальный прибор «РЕК 1» (г. Днепропетровск), использовали рентгеновскую пленку. Анализ полученных кирлиановских изображений проводили по диагностическим критериям П. Мандела. В исследованиях участвовали 12 взрослых человек – 4 мужчин и 8 женщин.

Результаты и обсуждение. По типу свечения выделяют три типа клеточных дисфункций. При наличии выпадений в короне свечения – блоки в энергоциркуляции связаны с эндокринной и вегетативной дисфункцией в регуляции обменных процессов. При появлении в короне или вне ее дополнительных выбросов энергии в виде точек или цепочки точек – усиление обменных процессов связано с напряжением дезинтоксикационных реакций в целом в организме или в области секторов отдельных органов. Появление в короне усиления свечения с увеличением ее толщины и слиянием отдельных стримеров, соответствующих изменению природы электрической активности по нервным каналам, с большими тепловыми эффектами – свидетельствует о дегенеративных процессах, увеличении анаэробных процессов в клетке.

Эффект Кирлиан – это плазменное свечение электроразряда на поверхности предметов, помещенных в переменное электрическое поле высокой частоты 10-100 кГц. Развивающийся в импульсе напряжения газовый разряд усиливает сверхслабые эмиссионные процессы, протекающих на поверхности объекта и, в то же время, поверхностное распределение разрядных каналов зависит от топографии электрофизических характеристик объекта.

В работах В.А. Ямшанова изложена гипотеза о возможности возникновения свечения вокруг пальцев человека или его тела за счет окисления окиси азота (NO). При окислении окиси азота озоном в высокочастотном поле образуется двуокись азота: $\text{NO} + \text{O}_3 \rightarrow \text{NO}_2^* + \text{O}_2$; $\text{NO}_2^* \rightarrow \text{NO}_2 + \text{h}\nu$. При этом при переходе из возбужденного состояния в основное двуокись азота излучает свет в широком диапазоне, в том числе в видимой области. Это излучение может фиксироваться на фотопленку или с помощью фотоумножителя. Предполагается, что источником окиси азота могут быть токопроводящие каналы, которые связывают внутренние органы с акупунктурными точками на поверхности тела. Окись азота и ее производные помимо антропогенного загрязнения окружающей среды образуются и в естественных условиях в воде или атмосфере [2]. Отсюда не исключено, что тонкое поле объектов живой и неживой природы в поле высокого напряжения видоизменяется при участии свободно - радикальных превращений.

Известна определяющая роль при этом воды. Перекись, не будучи радикалом, а малоустойчивой молекулой, может легко получить третий электрон, превратившись в чрезвычайно активный гидроксил-радикал,

НО-, который легко отнимает у любой органической молекулы атом водорода, превращаясь в воду. Свободно-радикальные реакции – источники импульсов света. Электронно-возбужденные продукты реакций рекомбинации радикалов могут высвечивать фотоны при переходе в основное состояние [1].

В таком случае, попадание в организм обработанной воды «РАДО» с образованием перекиси водорода должно изменить активизировать биохимические реакции в клетке и/или вне ее, с соответствующей активацией биоэнергетики на кирлиановских изображениях.

По результатам исследований у половины добровольцев наблюдали усиление короны свечения, в 100% случаев – уменьшение выпадений стримеров. У 42% до приема воды была распространенная интоксикация. После эксперимента – у 80% человек она уменьшилась.

При анализе секторальной интоксикации по органам выявили, что наиболее часто (92-100%) она встречалась в зонах лимфоглоточного кольца шеи, толстого кишечника, что связано с повышенной функциональной активностью в них, напряжением иммунитета, а также в органах мочеполовой и дыхательной систем, связанные с экологической ситуацией в регионе. В секторах психика, желчевыделительной, сердечно-сосудистой систем она была больше чем у половины обследованных. У всех добровольцев после приема воды исследуемые системы отреагировали позитивно. У половины обследованных наблюдали положительные реакции во всех перечисленных секторах, что свидетельствовало об активности дренажной функции организма.

Таким образом, кирлиановское свечение пальцев рук человека отражает состояние его биоэнергии, связанное с активностью биохимических процессов в организме в целом.

Литература:

1. Воейков В. Л. oxytech.ru > OKSI/rol.html Краснодар
2. Ямшанов В.А. О природе свечения в «эффекте КирлианНТМ»

СТРУКТУРА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЙ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Н. Ржаникова

Тюменская ГМА, г. Тюмень, Россия
ОКБ № 12, г. Заводоуковск, Россия

E-mail автора: nadrivana@mail.ru

Коморбидная и ассоциированная патологии отягощают течение и лечение основного заболевания [3]. Коморбидными заболеваниями при язвенной болезни (ЯБ), по современным представлениям, являются заболевания сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС) [1, 4].

Цель исследования: изучение структуры коморбидной патологии: артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и наличия факторов риска сердечно-сосудистой патологии у пациентов с язвенной болезнью.